

**Groupe de travail sur la
prévention des
infections associées
aux soins : MRSA**

- Dr Alexandre Mzabi,
- Dr Audrey Noel
- Mme Flora Blaise
- Mme Françoise Schmit
- Mme Virginie Martinet

Luxembourg, le 10 décembre 2025

Recommandations nationales pour la lutte contre le *Staphylococcus aureus* Résistant à la Méricilline (Methicillin resistant *Staphylococcus aureus*) dans les établissements hospitaliers

Cette recommandation a été validée par le Conseil Supérieur des Maladies Infectieuses le 16/12/2025.

Staphylococcus aureus est une bactérie coque à Gram positif capable de coloniser les fosses nasales, la peau, le pharynx ou le périnée de l'Homme. Il est en Europe le 3^{ème} ou 4^{ème} agent bactérien responsable d'infections acquises respectivement en institutions de long séjour et en milieu hospitalier.

Un peu plus de 20% de ces infections hospitalières seraient liées à une souche résistante à la méricilline (SARM ou MRSA en anglais). Par ailleurs, en 2023, environ 13% des souches de *S. aureus* isolées dans des hémocultures et liquide céphalo-rachidien en Europe (6% au Luxembourg) étaient des MRSA.

Ce taux de résistance apparaît en déclin dans nos régions sur les quinze dernières années, ce qui pourrait notamment s'expliquer par les différentes mesures de prévention (dépistage, décolonisation, ...) et programme de gestion des antimicrobiens mis en place.

Le MRSA n'en reste pas moins un pathogène préoccupant dont la surveillance et la lutte, tant au sein de la population humaine que vétérinaire, reste prioritaire.

La lutte contre le MRSA ne doit pas être envisagée comme une action isolée, mais comme une composante intégrée dans une stratégie plus large de sécurité des soins et de protection de la santé publique, qui implique la responsabilité partagée de l'ensemble des prestataires et institutions.

Objet et domaine d'application

Prévention et contrôle de la transmission du MRSA et prise en charge d'un patient porteur du MRSA dans les établissements hospitaliers.

Mode de transmission

Le MRSA se transmet généralement de personne à personne, par contact direct ou indirect. La transmission de MRSA à l'Homme à partir de l'environnement et des animaux est également prouvée scientifiquement.

Dépistage

Public cible

Le dépistage est fortement recommandé pour :

- Toute réadmission d'un patient avec un antécédent de portage de MRSA ;
- Tout transfert d'un patient à partir d'un établissement hospitalier aigu, de rééducation ou d'un établissement de long séjour du Luxembourg ou de l'étranger ;
- Toute admission d'un patient qui, au cours des 12 derniers mois, s'est vu hospitalisé au moins deux fois, ou pour une durée cumulée de plus de 72 heures ;
- Tout patient admis en unités considérées localement à risque (soins intensifs, grands brûlés, service confronté à des épidémies répétées, ...) ;
- Tout patient recevant des traitements ambulatoires répétés en particulier si ceux-ci sont porteurs de plaies chroniques et matériel à demeure (p. ex : dialyse chronique, chimiothérapie) ;
- Tout patient ayant partagé/partageant durant plus de 12 heures la chambre d'un patient porteur ou infecté par le MRSA ;
- Tout patient migrant, admis dans le cadre d'un programme humanitaire ou vivant en foyer.

Moment et fréquence du dépistage

Le dépistage est réalisé à l'admission pour l'ensemble des patients appartenant au public cible. Dans le cadre d'une admission programmée, le dépistage peut être effectué en amont de l'hospitalisation, conformément aux procédures définies par chaque établissement.

Pour les patients hospitalisés dans des unités considérées localement à risque, le dépistage est réalisé à l'admission, puis reconduit de manière régulière durant l'hospitalisation (par exemple, une fois par semaine).

Sites à prélever

Les sites suivants doivent être prélevés :

- Les fosses nasales antérieures ;
- Le pharynx ;
- Les plis inguinaux/périnée.

Ils seront associés à des prélèvements réalisés, le cas échéant au niveau :

- Des plaies chroniques éventuelles ;
- Des orifices de la peau et des muqueuses en cas de dispositif invasif (trachéotomie, cathéter, sonde urinaire à demeure, gastrostomie...).

Modalités d'analyse

La technique de dépistage est définie par le laboratoire effectuant les analyses.

Le dépistage peut être réalisé par culture ou par biologie moléculaire. En cas de technique moléculaire, un dépistage positif sera systématiquement confirmé par la culture.

En cas de cluster hospitalier, le Laboratoire National de Santé est en mesure de réaliser les analyses complémentaires de caractérisation des souches.

Mesures de prévention de la transmission en hospitalisation

Secteur ambulatoire hors chirurgie ambulatoire

Les précautions standard sont à appliquer systématiquement.

(Pour les précautions standard, se référer aux recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière - SF2H :

https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf)

Secteur stationnaire et chirurgie ambulatoire

Pour tout patient porteur de MRSA (suspect ou confirmé) ou ancien porteur connu < 12 mois :

- Admission en chambre seule avec sanitaires dédiés.
(*le regroupement de deux patients porteurs de MRSA est possible en situation épidémique ou en cas de tensions sur la gestion des lits*)
- Apposition d'un signallement visuel clair à proximité ou sur la porte de la chambre pour rappeler les précautions à prendre.
- Présence d'une information visuelle claire dans le dossier de soins du patient.
- Pas de réserve de matériel en chambre. Seul le matériel nécessaire (tensiomètre, stéthoscope, thermomètre, ...) dédié au patient, sera gardé en chambre.

Pour tout personnel soignant en contact avec un patient porteur de MRSA

- Application des précautions standard
- Application des précautions additionnelles contact (gants et surblouse)
- L'importance du port du masque chirurgical selon les précautions standard sera rappelée aux équipes.
- En cas d'infection respiratoire ou maladie respiratoire chronique chez le patient, des précautions additionnelles gouttelettes (masque chirurgical) seront également appliquées.

Traitement/ Décolonisation

L'éradication du portage de MRSA chez les patients est recommandée.

Elle doit être simultanément nasopharyngée et cutanée et sera réalisée selon un protocole établi à l'hôpital par le Comité de Prévention de l'Infection Nosocomiale (CPIN). Elle sera toujours réalisée à distance d'une antibiothérapie (minimum 72 heures entre la fin de l'antibiothérapie et le début de la décolonisation).

En cas de non-décolonisation :

- Assurer les précautions additionnelles durant toute la durée de l'hospitalisation ;
- Changer quotidiennement de literie et linge de corps ;
- Nettoyer quotidiennement l'environnement à l'aide de détergents-désinfectants adaptés.

Dépistage post traitement/décolonisation & Levée de l'isolement

48 heures après la fin de la décolonisation : réaliser trois prélèvements de l'ensemble des sites (y inclus les sites initialement positifs), à au moins 24 heures d'intervalle :

- Si tous les résultats sont négatifs : les précautions additionnelles pourront être levées.
- En cas d'échec (au moins un résultat positif) : l'intérêt d'une deuxième décolonisation peut être envisagé au cas par cas.
Envisager éventuellement d'attendre que les conditions soient optimales (plaies fermées, patient mobile pouvant prendre une douche, ...).
- Au-delà de deux tentatives de décolonisation, les taux de succès ne sont plus significatifs.

Gestion du linge/vaisselle/déchets/matériel

Linge

Le linge sera collecté et traité selon le protocole établi par l'établissement sur proposition du CPIN.

Vaisselle

La vaisselle sera traitée selon le protocole établi par l'établissement sur proposition du CPIN.

Déchets

Les déchets seront collectés et traités selon le protocole établi par l'établissement sur proposition du CPIN.

Matériel

La désinfection quotidienne des objets (idéalement à la fin de la décontamination cutanée, pour éviter la recolonisation du patient) doit être réalisée selon le protocole établi par l'établissement sur proposition du CPIN.

Gestion de l'environnement

Réalisée selon le protocole établi par l'établissement sur proposition du CPIN

Quotidienne

- Planifier l'entretien et la désinfection de l'ensemble de la chambre (sols, sanitaires, ...) au détergent/désinfectant en toute fin de cycle de nettoyage, du plus propre au plus sale.
- Insister sur la désinfection quotidienne des surfaces fréquemment touchées avec les mains par un détergent/désinfectant
- Application des précautions standard et des précautions additionnelles par le personnel d'entretien ménager pour tout contact avec l'environnement du patient.

A la levée de l'isolement

- Planifier l'entretien et la désinfection en fin de cycle de nettoyage.
- Application des précautions standard et additionnelles par le personnel d'entretien ménager pour tout contact avec l'environnement du patient.
- Désinfecter les surfaces (sols, parois, surfaces de contact, ...) et sanitaires avec un détergent/désinfectant.

- Désinfection/stérilisation du matériel de soins qui avait été mis à disposition exclusive du patient. Jeter, sauf cas particulier, l'ensemble du matériel qui ne peut être désinfecté ou stérilisé.
- Le linge non utilisé, gardé dans la chambre du patient doit être mis dans un sac et suivre la filière de traitement du linge sale.
- Entretien de la totalité des tentures présentes dans la chambre y compris les séparations de lits.

Services médico-techniques et blocs opératoires

Il n'est pas nécessaire lors d'une opération ou d'une investigation fonctionnelle sur un patient porteur du MRSA/infecté par le MRSA de la réaliser en fin de programme opératoire/des investigations dès lors que l'on peut assurer un nettoyage/désinfection adéquat des surfaces de contact et du matériel utilisé (table d'examen, stéthoscope, ...) avec un détergent/désinfectant, dès la fin de prise en charge de celui-ci.

Réadmission

Pour un ancien porteur connu avec un antécédent de prélèvement MRSA positif datant ≤ 12 mois

- Dépistage du patient à l'admission
- Mise en place des précautions additionnelles jusqu'à l'obtention des résultats, même si celui-ci a été efficacement décolonisé lors de la précédente hospitalisation.

Pour un ancien porteur connu avec un ATCD de prélèvement MRSA positif datant > 12 mois

- Dépistage du patient à l'admission ;
- Application des précautions standard ;
- Attendre les résultats du prélèvement avant la mise en place des précautions additionnelles.

Transferts intra et inter hospitaliers

Le portage de MRSA ne saurait être une contre-indication au transfert du patient vers un autre établissement, ni à son retour à domicile.

La prévention de la transmission de MRSA dans l'établissement ou entre établissements dépend de la qualité de l'information au moment du transfert (statut MRSA et des précautions additionnelles).

Transferts intra hospitaliers

Pour tout examen médico-technique ne pouvant être réalisé dans la chambre d'hospitalisation et lorsqu'il quitte sa chambre, le patient :

- porte un masque chirurgical ;
- ses plaies sont à recouvrir d'un pansement occlusif ;
- porte des vêtements propres ;
- se désinfecte les mains
- la literie doit être changée en cas de transport en lit.

Le personnel de brancardage et le personnel du bloc opératoire/du service d'explorations fonctionnelles, en contact étroit avec le patient ou son environnement respecte les mêmes précautions additionnelles que le personnel de l'unité d'hospitalisation.

Transferts inter hospitaliers

Avant le transfert inter-hospitalier, dans le respect du secret médical, il est nécessaire d'informer l'hôpital dans lequel le patient est transféré du statut MRSA du patient. L'information doit être réalisée au moins à deux niveaux, l'un médical et l'autre soignant.

Système d'alerte et traçabilité

La mise en place d'un système d'alerte permet d'initier rapidement des mesures de contrôles appropriées et de minimiser les risques de transmission.

- Le système d'alerte permet d'identifier la réadmission ou le transfert de patients colonisés ou infectés par le MRSA, dès le premier point de contact avec le patient (ex. urgences, admission) et avant l'attribution d'un lit.
- Il est également alimenté par le laboratoire. Celui-ci informe rapidement les professionnels de santé concernés de tous nouveaux patients colonisés ou infectés par le MRSA, permettant ainsi la mise en place rapide des précautions additionnelles.

Personnel soignant

Le dépistage des professionnels de santé peut être indiqué dans le cas d'une situation d'épidémie locale non contrôlée en dépit du renforcement des dépistages patients et des précautions standard incluant l'entretien des locaux.

A tout professionnel de la santé détecté porteur asymptomatique, il sera proposé le même programme de décolonisation nasopharyngée et cutanée que celui pour la décolonisation des patients. (cf. point « *Traitement/ Décolonisation* »).

48 heures après la fin de la décolonisation : réaliser trois prélèvements de l'ensemble des sites (y inclus les sites initialement positifs), à au moins 24 heures d'intervalle :

- Si tous les résultats sont négatifs : répéter les prélèvements un mois puis trois mois après la fin du traitement.
- En cas d'échec (au moins un résultat positif) : l'intérêt d'une deuxième décolonisation peut être envisagé au cas par cas.
Au-delà de deux tentatives de décolonisation, chaque cas sera analysé individuellement par l'établissement.

N.B. : Le dépistage de MRSA chez des personnes travaillant à l'hôpital peut être organisé par le médecin du travail ou par le médecin hygiéniste/pharmacien. Une confidentialité stricte doit être garantie. Chaque institution devrait développer une procédure de gestion des porteurs chroniques de MRSA en accord avec le CPIN, la direction et le comité prévention santé et sécurité au travail.

Visite et famille

- La fréquence et la durée des visites doivent être adaptées à la situation clinique et au risque de transmission.
- Une information claire et éclairée des visiteurs doit être réalisée par le personnel soignant.

- A l'exception d'une situation épidémique non contrôlée, les visiteurs ne portent pas d'équipement de protection individuelle.
- S'ils participent directement à un soin, les visiteurs appliquent les mêmes précautions que le personnel soignant.
- Les visiteurs doivent se désinfecter les mains avant et après la visite.
- Après la visite, les visiteurs ne peuvent pas se rendre auprès d'autres patients hospitalisés.
- Il est recommandé de limiter les visites des nourrissons, enfants en bas âge, personnes immunodéprimées ou présentant des plaies ouvertes afin de réduire le risque de transmission d'infections.

Références utiles (liste non exhaustive)

European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2024.

European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities. Stockholm: ECDC; 2025.

European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2023. Stockholm: ECDC; 2024.

Sai, N., Laurent, C., Strale, H. et al. Efficacy of the decolonization of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriers in clinical practice. *Antimicrob Resist Infect Control* 4, 56 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13756-015-0096-x>.

Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations en matière de prévention, maîtrise et prise en charge des patients porteurs de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (MDRO) dans les institutions de soins. Bruxelles: CSS; 2019. Avis n° 9277.